事故発生状況報告書

治療状況	医師の治療を受けましたか		受けた ・ 受けない	
	治療を受けた時	医療機関	名　称	
			所在地	
		支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他（　　）	
		健康保険で治療を受けた場合の開始日	平成　　年　　月　　日 入院・通院（約　　日/月 ぐらいの見込み）	

（事故発生状況を具体的に記入してください）

（略図）

この届に添えて 提出する書類	1. 自動車事故証明書 （自動車事故のときのみ） 2. 念　書 3. その他 （　　）

受付日付印